

Hobrucker, Bernard

Eine Verlaufsanalyse heilpädagogischer Probleme in kinderpsychiatrischen Langzeitbehandlungen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 35 (1986) 3, S. 82-86



Quellenangabe/ Reference:

Hobrucker, Bernard: Eine Verlaufsanalyse heilpädagogischer Probleme in kinderpsychiatrischen Langzeitbehandlungen - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 35 (1986) 3, S. 82-86 -
URN: urn:nbn:de:0111-opus-8731 - DOI: 10.25656/01:873

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-8731>

<https://doi.org/10.25656/01:873>

in Kooperation mit / in cooperation with:

Vandenhoeck & Ruprecht

V&R

<http://www.v-r.de>

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Digitalisiert

Mitglied der


Leibniz-Gemeinschaft

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse, Psychologie und Familientherapie

Herausgegeben von R.Adam, Göttingen · A.Dührssen, Berlin · E.Jorswieck, Berlin
M.Müller-Küppers, Heidelberg · F.Specht, Göttingen

Schriftleitung: R.Adam und F.Specht unter Mitarbeit von G.Baethge und S.Göbel
Redaktion: G.Presting

35. Jahrgang / 1986

VERLAG FÜR MEDIZINISCHE PSYCHOLOGIE IM VERLAG
VANDENHOECK & RUPRECHT IN GÖTTINGEN UND ZÜRICH

Aus der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie im Klinikum der Christian-Albrechts-Universität Kiel
(Direktor: Prof. Dr. Gerd Schütze)

Eine Verlaufsanalyse heilpädagogischer Probleme in kinderpsychiatrischen Langzeitbehandlungen

Von Bernard Hobrucker

Zusammenfassung

Vierzehn kinderpsychiatrische Patienten mit stationärer Behandlungsdauer von mindestens fünfeinhalb Monaten bilden die Stichprobe für eine Therapie-Prozesskontrolle mit einer „Einschätzungsliste für Erzieher“. Die Daten zielen ab auf die Problembelastung der Erzieher im Umgang mit dem jeweiligen Patienten und erfassen ihn in den Problembereichen der Regelbeachtung, emotionalen Selbstkontrolle, emotionalen Äußerung, der Intentionalität, Gruppenintegration, Neigung zu „antisozialen Taktiken“ sowie der Aggression. Die Datenauswertung zeigt Zunahmen der erzieherischen Problembelastung zwischen der ersten und zweiten sowie der vorletzten und letzten Erhebung, eine signifikante Abnahme dagegen im Vergleich von zweiter und vorletzter Erhebung. Im einzelnen sind besonders der Bereich der Regelbeachtung, der Aggressivität und antisozialen Taktiken sowie im Sinne der positiven Veränderung der Bereich der Intentionalität Schwankungen im Therapieprozess unterworfen.

1 Einleitung und Fragestellung

Diagnostik, und damit die Möglichkeit für ein kontrolliertes Vorgehen, ist im heilpädagogischen Sektor stationärer Behandlungen eine bisher unzureichend gelöste Aufgabenstellung, offenbaren sich doch gerade hier die wesentlichen Störungen der Patienten im Bezug auf Handlungsvollzüge und Kommunikationsprozesse (Blom, 1979). Wenn man zudem davon ausgeht, daß in stationärer kinderpsychiatrischer Behandlung ein Patient täglich den größten Teil seiner Zeit in der Obhut pflegerischer und heilpädagogischer Fachkräfte verbringt, so wird dieser Mangel gerade angesichts der hieraus resultierenden Einflüsse des heilpädagogischen Personals auf den Behandlungserfolg evident.

Die Erfassung der kommunikativen sowie der Handlungskompetenz beim Kind kann demzufolge als heilpädagogische Aufgabenstellung angesehen werden. Anders aber als der therapeutische Diagnostiker, der durch die Anwendung von Meßinstrumenten und durch die

Möglichkeit nicht-teilnehmender Beobachtung objektiver Daten zu erheben in der Lage ist, ist der Heilpädagoge¹ beim Beobachten auch zumeist im Beobachtungsfeld zugegen und als Pädagoge beteiligt. Insofern fließt bei heilpädagogischer Diagnostik immer das Ausmaß der erzieherischen Belastung mit in die Urteilsbildung ein und verleiht ihr einen höheren Grad an Subjektivität.

Als ein Verfahren, welches im heilpädagogischen Prozess Handlungs- und Kommunikationsstörungen der Patienten im Blickwinkel erzieherischer Probleme abbildet, wurde kürzlich die „Einschätzungsliste für Erzieher“ (ELfE) vorgestellt (Hobrucker u. Kühl, 1985). Nachdem die erste Erprobung des Verfahrens an 48 Patienten die einzelnen Problembereiche in ihrer durchschnittlichen Ausprägung und ihren wechselseitigen Zusammenhängen zum Inhalt hatte, soll es im folgenden darum gehen, an einer kleineren Stichprobe von 14 Patienten Spezifika längerdauernder stationärer Therapieverläufe im Blickwinkel der heilpädagogischen Probleme zu ermitteln. Insbesondere geht es um die Beantwortung der folgenden Fragen:

- Wie verändert sich – bei unterschiedlichen zugrunde liegenden Störungsbildern – das Ausmaß erzieherischer Probleme in stationären Langzeittherapien?
- Lassen sich innerhalb der Gesamtheit erzieherischer Probleme einzelne Problembereiche eruieren, die im Behandlungsverlauf signifikante Veränderungen erfahren?

Generelle Zielsetzung der Arbeit ist – entsprechend dem Charakter der Untersuchung als Erkundungsstudie – die Hypothesenentwicklung für differenziertere Untersuchungen zum stationären Behandlungsverlauf.

¹ Als „Heilpädagogen“ seien hier weniger Angehörige einer spezifischen Berufsgruppe unter Ausbildungsgesichtspunkten verstanden; vielmehr sind pragmatisch diejenigen Personen so bezeichnet, die im kinderpsychiatrischen Behandlungsfeld Aufgaben übernehmen, die weder rein therapeutisch noch rein pflegerisch, sondern im Bereich der pädagogischen Förderung sozialer und instrumentaler Fertigkeiten eingesetzt werden. Ausgenommen seien hier auch die klinischen Schulpädagogen.

2 Darstellung der Untersuchung

2.1 Zur Entwicklung des Untersuchungsverfahrens

Die „Einschätzungsliste für Erzieher“ in der hier verwendeten Fassung stellt ein seit Sommer 1982 verwendetes Einschätzungsverfahren dar, bei welchem die Erzieher einer kinderpsychiatrischen Behandlungseinheit von maximal sieben Patienten (ca. 8 bis 14 Jahre alt) im Gruppenrating ein Kind anhand der erzieherischen Probleme beurteilen, die im Umgang mit dem Kind auftreten. Hierbei ist pro Item in einem 4stufigen Rating anzugeben, ob es sich um ein „besonders großes Problem“, ein „deutliches Problem“, ein „geringes Problem“ oder um „kein Problem“ handelt. Die ELfE erfaßt mit 39 Items die Problembereiche der Regelbeachtung (sechs Items), der Intentionalität (fünf Items), der emotionalen Selbstkontrolle sowie der emotionalen Äußerung (sechs Items). Im „sozialen Bereich“ wird neben Punkten zur Gruppenintegration (vier Items) eines Kindes mit den „antisozialen Taktiken“ genannten Verhaltensproblemen (zehn Items) insbesondere inadäquates Dominanzverhalten sowie provokative und Verantwortung vermeidende Techniken zusammenfaßt. Aggressives Verhalten im Umgang mit Gleichaltrigen, Erwachsenen und Objekten schließlich wird in insgesamt acht Items erfragt.

In der ersten Untersuchung zur Anwendung der ELfE ergab sich, daß die jeweils ersten Einschätzungen über einen Patienten, vorgenommen im Zeitraum der zweiten Woche nach stationärer Aufnahme, insbesondere Störungen im Bereich der Intentionalität (hier vor allem: Ablenkbarkeit und mangelnde Ausdauer, Unruhe und herumtoben sowie sich absondern und fernhalten), daneben auch der Selbstbehauptung in der Gruppe erkennen lassen. Die korrelativen Zusammenhänge zwischen den einzelnen Problembereichen lassen erkennen, daß sich die zwei Problemebenen der „Impulsivität“ und des „konflikthaften Erlebens“ der Patienten rein phänomenologisch aufgrund der Korrelationen voneinander abheben.

Im Verhältnis zur kinderpsychiatrischen und klinisch-psychologischen Kategorisierungen ist der Stellenwert dieses Verfahrens als der einer ergänzenden Methode zur besseren Beschreibung kindlicher Störungen auf der Ebene des beobachtbaren Verhaltens anzusehen.

Den mit der Verwendung von Rating-Skalen verbundenen methodischen Problemen kann hier nicht breiterer Raum gewährt werden. Festzuhalten bleibt, daß die mangelnde Genauigkeit und Kontrollierbarkeit von Messungen im Rating ihre Ursache wohl darin hat, daß der Beobachter hier simultan zwei Beurteilungsleistungen zu erbringen hat (v. Cranach und Frenz, 1969): Er stellt das Auftreten einer für sein Beobachtungssystem relevanten Verhaltensweise – in unserem Fall zudem noch retrospektiv – fest und beurteilt deren Ausprägungsgrad, indem er eine Zahl oder verbale Qualifikation zuordnet. Zur Reduktion der hierin immanenten Fehlerquelle wurde in der vorliegenden Untersuchung nicht unterschieden, in welcher Ausprägung das Problem eingeschätzt wurde, sondern lediglich, ob als „Problem überhaupt“ oder als „kein Problem“ eingeschätzt wurde. Fehlerquellen, die durch eine geringe Inter-Rater-Übereinstimmung entstehen, werden am Beispiel der Patientenbeurteilung durch das psychiatrische Personal in einer Studie von Bunney und Hamburg (1963) eindrucksvoll belegt (s. auch Faßnacht, 1979).

Für die Anwendung von Rating-Skalen spricht unter anderem, daß insbesondere im Bereich der Psychotherapiekontrolle eine Vielzahl empirischer Befunde mittels Rating-Verfahren vorliegen (Hartig, 1975), die zugleich allerdings auch die Begrenztheit dieser Methode erkennen lassen. Die Praktikabilität aber, die auch von Connors (1979) hervorgehoben wird, liegt u.a. darin begründet, daß insbesondere kinderpsychiatrische Verlaufsuntersuchungen eher auf die Erfassung molarer als molekularer Verhaltenseinheiten angewiesen sind.

2.2 Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe besteht aus 14 stationären Patienten einer kinderpsychiatrischen Behandlungseinheit, deren Therapiebeginn und Therapieende im Zeitraum zwischen Sommer 1982 und Jahresbeginn 1985 gelegen ist. Aus dem Kollektiv von insgesamt 40 Patienten wurden nur solche Kinder ausgewählt, deren Aufenthalt annähernd ein halbes Jahr (minimal 24 Wochen) oder mehr betrug, und bei denen im Behandlungszeitraum zumindest fünf Einschätzungen durch das heilpädagogische Personal vorgenommen worden waren (was im Falle zweier Patienten mit fünf Monaten Aufenthaltsdauer nicht zutraf). Die Probanden der Kriteriumsstichprobe können deshalb als die kindlichen Langzeitpatienten² unserer Behandlungseinheit gelten, deren Aufenthaltsdauer zwischen 24 und 46 Wochen lag. Das Durchschnittsalter betrug bei Behandlungsbeginn 11,1 Jahre (Range 8 bis 14 Jahre); zwölf der vierzehn Kinder waren zwischen 9 und 13 Jahre alt. Diagnostisch bestand die Therapiestichprobe (zehn Jungen, vier Mädchen) aus

- 4 hyperaktiven Kindern (3 männlich, 1 weiblich) mit aggressiven Verhaltensstörungen und beginnender Dissozialität;
- 3 Jungen mit neurotischen Fehlentwicklungen (zwei davon mit deutlich depressiver Symptomatik), bei denen neben Leistungsstörungen eine mangelnde Impulskontrolle und erhebliche Trotzneigung festzustellen war;
- 2 Mädchen mit Anorexia nervosa;
- 4 Patienten (3 Jungen, 1 Mädchen) mit Enuresis und/oder Enkopresis, die in allen Fällen bereits über Monate erfolglos ambulant behandelt waren sowie
- 1 Junge mit Konversionssymptomen und beginnender sexueller Devianz.

Das therapeutische Vorgehen kann entsprechend der theoretischen Orientierung der behandelnden Therapeuten als eklektisch bezeichnet werden, wobei Elemente der klientenzentrierten und kognitiven Therapie, daneben aber auch tiefenpsychologische Konzepte Einfluß auf Therapiemethode und -zielbildung hatten.

² Während bei erwachsenen Psychiatriepatienten „Langzeitbehandlungen“ oftmals erst von einer Dauer ab 12 Monate so bezeichnet werden (siehe z.B. Häfner u. An der Heiden, 1984), muß man im Falle kinderpsychiatrischer Patienten wesentlich niedriger ansetzen. Deshalb wurde hier pragmatisch entschieden, daß das Patientendrittel mit der längsten Behandlungsdauer als „Langzeitpatienten“ gelten kann.

2.3 Ablauf der Untersuchung

Bei allen Patienten wurden die jeweils ersten Einschätzungen in der zweiten Woche des stationären Aufenthalts durchgeführt, um einen retrograden Einschätzungszeitraum von einer Woche zu erhalten. Die dazwischen liegenden Einschätzungen wurden im Abstand von jeweils maximal sechs Wochen durchgeführt, bei einzelnen Patienten auch häufiger, wenn – etwa im Fall der Kontrolle medikamentöser Behandlung (Ritalin bei drei hyperaktiven Patienten) – die ELfE auch zur Erfassung kürzerfristiger Veränderungen dienen sollten. Die Ratings wurden jeweils in Gruppen von mindestens vier Beurteilern vorgenommen, wobei es sich durchweg um erfahrene Einschätzer (mindestens einjährige vorherige Praxis mit einem Vorläufer der ELfE) handelte. Eine Einschätzung der 39 Items dauerte jeweils 20 bis 30 Minuten, während derer die Problempunkte anhand konkret aufgetretener Schwierigkeiten aus den sieben letzten Behandlungstagen diskutiert wurden.

Für eine einheitliche Verrechnung der Ergebnisse wurden bei allen Patienten die jeweils erste und zweite sowie die vorletzte und letzte Einschränkung zugrunde gelegt. Als fünfter Erhebungspunkt wurde in allen Fällen diejenige Einschätzung ausgewählt, die der jeweiligen zeitlichen Behandlungsmitte am nächsten kam.

Von den fünf Erhebungspunkten haben somit lediglich die Zeiträume zwischen und erster und zweiter sowie vorletzter und letzter Einschätzung gleiche Ausdehnung von vier bis sechs Wochen, während sich zwischen den übrigen Erhebungspunkten interindividuell deutliche Differenzen erkennen lassen; ein methodischer Mangel, der angesichts der insgesamt geringen Zahl von

Als zweiter Untersuchungsschwerpunkt gilt die Veränderung einzelner Problembereiche der ELfE. Hierzu werden analog der Ermittlung der generellen Problembelastung in jedem ELfE-Bereich Summenwerte aus den problematisch eingeschätzten Items gebildet.

3 Ergebnisse

3.1 Ergebnisse zur generellen Problembelastung

Zur Ermittlung von Veränderungen in der Problembelastung wurden die – in Rangplätze umgewandelten – individuellen Summenwerte der Patienten mit dem FRIEDMAN-Test in ihrem Verlauf überprüft. Tabelle 1 zeigt in der oberen Zeile die Problem-Scores, darunter die durchschnittlichen Rangplätze, bezogen auf die fünf Erhebungspunkte.

Die Veränderungen in den Rangplätzen sind bei einem Chi-Quadrat von 11,6 ($df = 4$) auf dem 5%-Niveau signifikant. Unter dem Aspekt der Problembelastung zeigen sich somit bei der ersten Erhebung die niedrigsten Werte; es folgt die vorletzte Erhebung, während mit einigem Abstand die letzte und die mittlere Erhebung folgen, schließlich die zweite Erhebungsphase die höchste Problembelastung erkennen läßt.

Im weiteren soll überprüft werden, welche Veränderungen der Problembelastung im einzelnen zu dem signifikanten Verlauf beitragen. Hierzu werden die Ergebnisse aller Erhebungspunkte miteinander verglichen und in einer Veränderungsmatrix zusammengestellt. Prüfver-

Tab. 1: Erzieherische Problembelastung bei 14 Langzeitpatienten

	Erhebungsphase				
	1	2	Behandlungsmitte	n-1	n
Problem-summenwerte	$\bar{X} = 10,6$ $S = 7,78$	15,2 16,15	14,6 12,45	11,3 6,66	13,9 9,04
Verlaufs-Rangplätze	$\bar{X} = 2,18$	3,93	3,39	2,39	3,11

Langzeitpatienten in Kauf genommen werden mußte, um die Stichprobengröße nicht zu niedrig zu halten.

Bei der Auswertung soll zum einen der Verlauf der „generellen Problembelastung“, erfaßt als die Summe aller mit 1, 2 oder 3 gewichteten Items, analysiert werden. Dabei sei implizit davon ausgegangen, daß dieser individuelle Summenwert ein Indikator für das Ausmaß ist, in welchem ein Erzieher den Umgang mit dem jeweiligen Patienten als heilpädagogische Aufgabe sieht. Aufgrund der Zusammenstellung der ELfE-Bereiche ergeben sich bei Patienten mit ausagierenden und dissozialen Störungsbildern insgesamt höhere erzieherische Problembelastungswerte als bei Patienten mit dysthymen und psychosomatischen Störungen.

fahren sei hier der Vorzeichentest (Siegel, 1956), der an die Verteilung der zugrunde liegenden Daten keine besonderen Anforderungen stellt. Tabelle 2 stellt in der unteren Hälfte der Matrix die numerischen Veränderungen im Vergleich der Therapiephasen dar, in der oberen Hälfte die Signifikanzen.

Die Veränderungsmatrix macht deutlich, daß die Schwankungen der ELfE-Summenwerte zwischen je zwei aufeinanderfolgenden Erhebungspunkten lediglich in jeweils einer Zunahme von der ersten zur zweiten und von der vorletzten zur letzten Messung bestehen, tendenziell (10%) noch in einer Abnahme von der mittleren zur vorletzten Datenerhebung. Daneben sind im Vergleich

Tab. 2: Vergleich der generellen erzieherischen Problembelastung zwischen allen Erhebungsphasen

	Erhebungsphase				
	1	2	Behandlungsmitte	n-1	n
1		Zunahme 1%	Zunahme 5%	ns	ns
2	12+ 2-		n. s.	Abnahme 5%	n. s.
Behandlungs- mitte	10+ 3-	5+ 9-		n. s.	n. s.
n-1	9+ 5-	3+ 10-	4+ 10-		Zunahme 5%
n	8+ 6-	3+ 8-	6+ 8-	11+ 3-	

der ersten zur mittleren Messung eine Zunahme und im Vergleich der zweiten zur vorletzten Messung eine signifikante Abnahme zu erkennen.

3.2 Veränderungen in einzelnen ELfE-Bereichen

Erwartungsgemäß sind im Vergleich der einzelnen ELfE-Bereiche in den fünf Erhebungsphasen relativ wenige signifikante Veränderungen festzustellen. Dies hat unter anderem in der geringen Itemzahl (und damit mangelnden Meßqualität) einzelner Bereiche seine Ursache. Es finden sich vorwiegend signifikante Zunahmen von problematischen Beurteilungen, aber auch eine bedeutsame Abnahme:

- a) beim Vergleich der ersten und zweiten Erhebung: eine Zunahme in Problemen der Regelbeachtung (1%) sowie der Aggressivität (5%);
- b) beim Vergleich der vorletzten und letzten Erhebung: wiederum eine Zunahme in Problemen der Regelbeachtung (5%) sowie der antisozialen Taktiken (5%). Dagegen findet sich
- c) beim Vergleich der zweiten mit der vorletzten Erhebung eine hochsignifikante (0,1%) Abnahme bei Problemen der Intentionalität.

Entsprechend also den Ergebnissen zur generellen Problembelastung sind insbesondere im Vergleich der ersten und zweiten sowie der vorletzten und letzten Erhebung Zunahmen, dagegen im Vergleich der zweiten und der vorletzten Erhebung eine bedeutsame Abschwächung eines Problembereichs zu erkennen.

4 Diskussion der Ergebnisse

Die den Ergebnissen zugrunde gelegten Einschätzungsdaten haben eine Vielzahl von Interaktionen zwischen Erziehern und Patienten zur Grundlage; sie sind somit nicht Daten über Patienten, sondern Daten über Beziehungsgestaltung. Veränderungen, die mittels dieser Daten zu ermitteln sind, sind also immer Veränderungen, die in der Einstellung des heilpädagogischen Teams ge-

genüber einem Patienten stattfinden. Diese Veränderungen lassen auch die – jeweils recht unterschiedliche – Ausgangslage der Patienten bei der ersten Einschätzung außer acht; ein Mangel, der bei Stichprobenaussagen über Veränderungen in Kauf genommen werden muß und von *Bereiter* (1967) als „Physikalismus-Subjektivismus-Dilemma“ beschrieben wurde. Eine über alle Störungsgruppen hinweg ermittelte Verlaufscharakteristik der Problembelastung läßt darauf schließen, daß der Patient in der erzieherischen Handhabung nie mehr so geringe Probleme bereitet wie zu Beginn der Therapie – und nie mehr so große Probleme wie circa sechs bis acht Wochen nach Therapiebeginn. Ohne daß die Daten über die Wechselwirkung zwischen tatsächlichem Problemverhalten der Kinder und subjektiver Problemeinschätzung der Erzieher weiteren Aufschluß liefern können, ist zu konstatieren, daß hier ein wechselseitiger Anpassungsprozeß stattfindet, in welchem die Beziehung zwischen Kind und Erzieher einer Belastungsprobe unterzogen wird, insbesondere in der Phase der zweiten Einschätzung.

Der hier erkennbare Anstieg der Probleme kommt zustande durch überproportional zunehmende Aggressivität und Regelverletzungen der Kinder, wenn man das Urteil der Erzieher zugrunde legt. Die Verlagerung der erzieherischen Aufmerksamkeit auf diese beiden Problembereiche schwächt sich im weiteren Verlauf der Behandlung dann – nichtsignifikant – soweit ab, daß zum Ende der Therapie ein erneutes Anwachsen zu verzeichnen ist: wiederum im Bereich der Regelverletzung, daneben aber nicht mehr in der direkt aggressiven Auseinandersetzung des Kindes mit der Umwelt, sondern in einer sozial weniger anstößigen Form der „antisozialen Taktiken“ genannten Verhaltensweisen. Die direkte Aggressivität spielt somit in den Veränderungen zum Therapieende hin keine bedeutsame Rolle mehr.

Es wird insgesamt also der Stand der niedrigen Problembelastung, wie er in der vorletzten Messung gegeben ist, zum Ende der Therapie erneut verlassen. In der Regel findet in der Phase der vorletzten Erhebung auch die Entscheidung über die Beendigung der Therapie statt; ein Zeitpunkt also, welcher eine günstige Verlaufsbeur-

teilung voraussetzt, oder aber die Erkenntnis, daß weiterreichende Verbesserungen nicht zu erzielen sind. Die Ablösung des Kindes aus dem stationären Bezugsrahmen erfolgt quasi unter Mißklängen: Das Kind sagt sich unter zunehmender Mißachtung der Regeln des Zusammenlebens von der Gruppe los und distanziert sich von den Gleichaltrigen. Zwar attackiert es die anderen nicht mehr in gehäuftem Maße direkt, es wertet vielmehr die Interaktion zunehmend ab, und zwar durch Verhaltensweisen, die mit gesteigerter Kritikneigung, mit Hänseleien, Angebereien, Anschwärzen, Leugnen von Verantwortung, Mißachten von Aufforderungen und Verbotsübertretungen einhergehen.

In Kontrast hierzu findet sich über den Behandlungsverlauf eine durchgehend positiv zu wertende Veränderung, die sich auch nicht zum Ende hin wieder verschlechtert, und die hier als Abnahme von Problemen der Intentionalität beschrieben sei. Die unter diesem Begriff zusammengefaßten Einzelprobleme der Langeweile und Lustlosigkeit, Ablenkbarkeit und mangelnden Ausdauer, der Verzögerung, der Unruhe sowie des Sich-Absonderns von Gruppenaktivitäten werden als überdauernder Therapieeffekt insgesamt deutlich vermindert: die von der zweiten zur vorletzten Messung hochsignifikante Veränderung zeigt, daß die generelle Handlungsfähigkeit der Kinder therapiebedingt zunimmt, indem sich die hier wirksamen Störfaktoren abschwächen.

Betrachtet man abschließend die Dynamik des Therapieprozesses im Gesamtverlauf, so läßt sich konstatieren, daß Problemzunahmen relativ kurzfristig auftreten, was zu den signifikanten Veränderungen während jeweils aufeinander folgender Einschätzungen führte. Problemabnahmen dagegen haben einen eher schleichenden Verlauf, der – abgesehen vom Bereich der Intentionalität – wohl nur mit exakteren Meßmethoden statistisch abzusichern wäre. Daß gleichwohl stationäre Therapie nicht nur anwachsende Problembelastung für das heilpädagogische Personal mit sich bringt, zeigt der Verlauf der generellen Problembelastung, die von der zweiten Erhebung an kontinuierlich abnimmt und dieses im Zeitraum der sechsten bis achten Behandlungswoche gemessene Belastungsniveau nie mehr erreicht.

Summary

A Process Analysis of Problems in Special Education during Residential Child Psychiatric Treatment

14 child psychiatric patients who had received residential treatment for at least 5½ months were checked during

therapy by means of a "Rating List for Educators". The ratings record the educational problems of the staff during interaction with the respective child. Areas of educational problems are the observance of instructions, emotional self control, expression of emotions, intentionality as well as social problems of affiliation to the group, antisocial maneuvers and aggression. Results show that educational strain increases during the first two months (between 1. and 2. rating) and during the last two months (between last but one and last rating). During the second and the last but one rating decreasing educational problems are to be found. Results are discussed with regard to the single problem areas showing a change during therapy.

Literatur

- Bereiter, C. (1967): Some Persisting Dilemmas in the Measurement of Change. In: C. W. Harris (ed.): Problems in Measuring Change, Milwaukee, University of Wisconsin/Press. – Blom, G. G. (1979): Psychoeducation in the Clinical Setting. In: J. O. Noshpitz (ed.): Basic Handbook of Child Psychiatry. Vol. III: Therapeutic Interventions. New York: Basic Books. – Bunney, W. E., D. A. Hamburg (1963): Methods for Reliable Longitudinal Observation of Behavior. Arch. Gen. Psychiatry 9, 114–128. – Conners, C. K. (1979): Rating Scales. In: J. D. Noshpitz (ed.): Basic Handbook of Child Psychiatry. Vol. I: Development. New York: Basic Books. – v. Cranach, M., H. G. Frenz (1969): Systematische Beobachtung. In: C. F. Graumann (Hrsg.): Handbuch der Psychologie, Bd. 7, 1. Halbbd.: Sozialpsychologie. Göttingen: Hogrefe. – Faßnacht, G. (1979): Systematische Verhaltensbeobachtung. München: Reinhardt. – Hartig, M. (1975): Psychotherapieforschung. München: Urban & Schwarzenberg. – Häfner, H., W. AnderHeiden (1984): Evaluation von Veränderungen in einem Psychiatrischen Versorgungssystem. In: U. Baumann (Hrsg.): Psychotherapie: Makro-/Mikroperspektive. Göttingen: Hogrefe. – Hobrucker, B., R. Kühl (1985): Eine Einschätzungssliste für Erzieher bei stationärer kinderpsychiatrischer Behandlung. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 34, 37–44. – Siegel, S. (1956): Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences. New York: McGraw Hill.

Anschr. d. Verf.: Dr. Bernard Hobrucker, Dipl.-Psych. Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie, Niemannsweg 147, 2300 Kiel 1.